様式1号（要領第3条（1）関係）

福祉用具等借用申請書

古河市社会福祉協議会の所有する用品を、福祉用具等貸出事業実施要綱に基づき借用いたします。太線の中をご記入ください。また該当する項目に☑してください。

申 請 日	平成　　年　　月　　日	返却予定日	平成　　年　　月　　日
申請者氏名 ※自署		連絡先 電話番号	
申請者住所	〒		
使用者氏名	□同上　　歳	連絡先 電話番号	□同上
使用者住所	□同上 〒		

用　　具　　名	期　　間
□車椅子（□自走式　□介助式）	平成　　年　　月　～　　年　　月
□介護用ベッド（□電動　□手動）	平成　　年　　月　～　　年　　月
□チャイルドシート	平成　　年　　月　～　　年　　月

＊適切なサービスを実施する為、上記個人情報をご記入いただいております。ご記入いただきました個人情報は、本サービスに関する場合以外には使用いたしません。

社会福祉法人　古河市社会福祉協議会長　あて

受　付	年度	備品コード	申請番号	確認印	会 長	常務理事	事務局長	課　長	課長補佐	係 長	係	貸出者
□地域福祉課 □総和窓口 □三和窓口												

特記事項	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 □新規 □更新中（平成　　年　　月～　　年　　月分：　　カ月×　　円＝　　円領収済） □返却時（平成　　年　　月～　　年　　月分：　　カ月×　　円＝　　円領収済）

返却・更新 年月日	□更新　□返却 平成　　年　　月　　日	確認印	会 長	常務理事	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係	受取者
備品状態	□良　□修理必要									